

LA COORDINACIÓ SOCIOSANITÀRIA EN EL SERVEI DE SALUT: UNA REALITAT NECESSÀRIA

La coordinació sociosanitària en el Servei de Salut: una realitat necessària

Patricia Gómez Picard

Rosa Maria Adrover Barceló

Angélica Miguélez Chamorro

Resum

La coordinació sociosanitària requereix que les administracions, els gestors i els professionals de l'àmbit social i sanitari s'hi impliquin; que siguin definits d'una manera clara els circuits d'accés als recursos i que es reflexioni profundament sobre la sostenibilitat dels serveis.

És indispensable analitzar les alternatives de coordinació en tots els àmbits del Servei de Salut: des de la porta d'entrada al sistema fins a l'àmbit de l'atenció primària en els hospitals i centres sociosanitaris, sense oblidar que és necessari que l'àmbit de la salut i el dels serveis socials estiguin coordinats amb propostes innovadores i factibles per garantir la continuïtat assistencial tant als pacients com a les famílies.

L'aposta per la formació del cuidadors informals permet captar persones dependents i cures a domicili millors, amb la reducció dels costos i la millora de l'eficiència consegüents. Definir estratègies des d'una planificació adient és la clau per mesurar els resultats en salut de les persones fràgils, vulnerables i dependents.

Resumen

La coordinación sociosanitaria requiere la implicación de las administraciones y de los gestores, de los profesionales del ámbito social y sanitario, una definición clara de los circuitos de acceso a los recursos y una profunda reflexión sobre la sostenibilidad de los servicios.

Es indispensable analizar las alternativas de coordinación en los diferentes ámbitos del Servicio de Salud: desde la puerta de entrada al sistema en el ámbito de la atención primaria hacia los hospitales y centros sociosanitarios, sin olvidar la necesaria coordinación entre el ámbito de la salud y el de los servicios sociales, con propuestas innovadoras y factibles, para garantizar la continuidad asistencial tanto para los pacientes como para sus familias.

La apuesta por la formación de los cuidadores informales permite la captación de personas dependientes y mejores cuidados a domicilio, con la consiguiente reducción de los costes y la mejora de la eficiencia. La definición de estrategias desde una planificación adecuada es clave para medir los resultados en salud de las personas frágiles, vulnerables y dependientes.

1. Introducció

Millorar la coordinació assistencial és prioritari per a molts de sistemes de salut, especialment per atendre problemes de salut crònics en què intervenen professionals i serveis múltiples. És necessari sistematitzar l'abundància d'estratègies i de mecanismes de coordinació per utilitzar-los d'una manera adequada.¹

L'augment de l'esperança de vida de la població i la millora de les condicions físiques de les persones de més de seixanta-cinc anys fan que la malaltia, la dependència i la discapacitat puguin aparèixer en una edat més avançada que dècades enrere. Els canvis migratoris, la incorporació de la dona al món laboral i, per tant, la manca de cuidadors en pròpia la família fan que, quan una persona emmalalteix, necessiti l'acció sinèrgica i coordinada entre els serveis socials i els sanitaris. Aquesta provisió dicotòmica de serveis hauria de ser superada amb persones que tenen necessitats sanitàries i socials, que són difícilment separables.²

Les relacions entre els nivells obliguen a definir tasques i, de vegades, a redissenar l'organització per mantenir la capacitat de govern. És el que anomenem «coordinació»: la divisió de les tasques per maximitzar el resultat de professionals que contribueixen a produir un bé o servei determinat.³

No és senzill conèixer la xarxa de recursos sanitaris i socials, els circuits d'atenció i de derivació, el model de sol·licitud per accedir a cada un, l'organització interna de cada estructura, els professionals responsables de cada cas, etc. Hi ha una dificultat addicional pel que fa a l'escenari de la coordinació entre nivells assistencials, que és canviant; a més, no té res a veure la realitat d'aquest moment amb la de fa uns anys.⁴

Per tant, per als gestors de les polítiques sanitàries i socials és un repte analitzar els models d'èxit en l'àmbit estatal i internacional, avaluar-ne els resultats i valorar les opcions que siguin més eficients des del punt de vista del cost econòmic.

Els professionals hem de ser conscients que la pràctica clínica està condicionada pels canvis en el perfil de la tipologia de pacients que hem d'atendre i, per tant, no la podem mantenir invariable i estàtica en el temps.

La descoordinació impedeix veure el sistema com un únic proveïdor de serveis que resol íntegrament els problemes dels pacients en el moment i lloc adequats.⁵

Els avenços científics i tecnològics augmenten els requeriments dels ciutadans, que esperen més implicació en la presa de decisions que tenen a veure amb la seva salut, la llibertat d'elecció en el servei i entre els professionals, més informació, personalització en el tracte, més confort i intimitat, i coordinació i continuïtat en la provisió del servei de salut.⁶

Hi ha una tendència europea (i mundial) respecte de les necessitats de millorar la coordinació entre els nivells i els sectors per resoldre els problemes sanitaris i socials dels pacients i de les poblacions.³

L'esfera política defineix les prioritats d'atenció i el sistema de finançament: el missatge sol ser de més oferta de serveis, en la qual hi ha poc debat públic i una participació ciutadana escassa.⁷

Les anàlisis que aborden el tema per mitjà d'un enfocament global que contribueixi a comprendre millor el procés de coordinació assistencial i els factors que incideixen en aquest són escassos¹.

2. Alternatives de coordinació sociosanitàries en el Servei de Salut de les Illes Balears

El sistema de salut està organitzat com si no existís la realitat d'allò que és crònic. En canvi, el 80% de les consultes a l'atenció primària són sobre malalties cròniques i representen el 60% dels ingressos hospitalaris. Les malalties cròniques —la diabetis, l'artritis, les malalties respiratòries, l'obesitat i algunes patologies de salut mental— han augmentat d'una manera espectacular a Espanya i representen el 70% de la despesa sanitària.⁸

Els nivells d'atenció en el sistema sanitari necessiten estar estretament coordinats i relacionats amb tots els mecanismes i tecnologies disponibles per fer possible la transició dels pacients a un nivell o a un altre amb les màximes garanties de continuïtat assistencial, seguretat i comunicació entre els professionals, i evitar fragmentacions en el tractament i en l'atenció durant el seu procés clínic.

Independentment de totes les alternatives per millorar la coordinació assistencial, els professionals sanitaris —fonamentalment, els metges i infermeres, però també els treballadors socials— duen a terme tasques de coordinació en les intervencions assistencials habituals, en les quals destaca el treball en equip com a mecanisme principal per a una atenció coordinada de qualitat i una garantia de continuïtat.

2.1. Gestió de casos en l'atenció primària

Difícilment podrem mantenir el pacient al domicili en bones condicions, si els responsables de la gestió de les institucions implicades no desenvolupen models d'organització en xarxa per oferir una atenció a domicili integrada de qualitat.²

Els equips de suport a l'atenció domiciliària (ESAD) varen ser creats a través de la Resolució de la presidència executiva de l'INSALUD, del 26 de juliol de 1999, i se'n va justificar la

creació amb l'envelliment poblacional progressiu i l'augment de la demanda sanitària, que es podia satisfer amb cures sanitàries a domicili. Així doncs, les activitats de l'ESAD també varen ser regulades i es va donar un protagonisme especial a la coordinació entre l'hospital i la xarxa d'atenció primària, a la docència, al suport i a l'assessorament als professionals de l'atenció primària per a l'atenció a domicili dels pacients terminals, amb limitació funcional o immobilitzats complexos.⁹

Posteriorment, quan s'hagueren transferides les competències sanitàries a les comunitats autònomes, el Servei de Salut de les Illes Balears va regular (BOIB núm. 153/2002, de 21 de desembre)¹⁰ tant la composició de l'ESAD com les seves funcions i en va reforçar el paper coordinador en el sistema sanitari i assegurador de la continuïtat assistencial dels pacients complexos, fràgils i terminals. Els professionals de l'ESAD actuen en l'àmbit de l'atenció primària en col·laboració estreta amb la resta d'àmbits assistencials. El tipus de pacients que atén són pacients terminals amb malalties cròniques o oncològiques, persones amb malalties geriàtriques complexes que tenen necessitats assistencials especials o que estan en fase de descompensació.¹⁰

L'atenció als malalts crònics sovint és feta d'una manera reactiva, no planificada i fragmentada pels diferents proveïdors; a més, els serveis d'atenció primària i hospitalària estan saturats. En tot aquest procés, es visualitzen alguns professionals que ocuparan un lloc destacat en el desenvolupament de models orientats a l'atenció a pacients crònics: les infermeres i els metges de família estan cridats a un lideratge de primer ordre, especialment les infermeres.⁸

Per donar respostes eficients a la cronicitat, a l'envelliment, a la dependència i al canvi d'estructures familiars, el Servei de Salut de les Illes Balears impulsa la figura de la infermera gestora de casos en l'atenció primària amb els objectius de donar continuïtat a l'assistència en els diferents nivells del sistema i de potenciar una atenció de qualitat a domicili amb l'ús eficient i coordinat de tots els recursos sociosanitaris. Aquest projecte neix arrel de l'eficient gestió de casos implantada en Atenció Primària d'Andalusia a l'any 2002¹¹

A les Illes Balears, hem passat d'una cobertura d'atenció domiciliària d'un 2% de la població de més de seixanta-cinc anys, l'any 2007, al 5,8%, el 2010. Si tenim en compte les dades de dependència de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, veiem que cal continuar millorant en la captació de pacients per al programa d'atenció domiciliària. Aquestes persones amb problemes de salut i de mobilitat acudeixen una vegada i una altra al sistema per intentar solucionar-los i fan demandes freqüents al metge, a la infermera i a la treballadora social del centre de salut, fan visites a urgències hospitalàries i ingressos, etc. En resum, han augmentat molt els costos sanitaris en aquest grup de població, per la qual cosa hem de innovar en l'organització dels serveis sanitaris per aconseguir una gestió eficaç de casos i una organització orientada envers les persones i no la malaltia.

Cal que l'organització estigui orientada envers la persona que consumeix més i no envers la malaltia, per augmentar l'autonomia de les persones i millorar els coneixements, les habilitats i les actituds que té amb l'objectiu de controlar més bé la seva salut, però amb menys cost.

Per assolir aquest canvi en l'organització hi ha un compromís explícit de la direcció del Servei de Salut, per la qual cosa crea una estructura específica que doni respostes eficaces a les persones que ho necessiten més. Es fonamenta en la gestió de casos, definida per la Case Management Society of America com «un procés de col·laboració mitjançant el qual es valoren, planifiquen, apliquen, coordinen, monitoren i avaluen les opcions i els serveis necessaris per satisfer les necessitats de salut d'una persona articulant la comunicació i els recursos disponibles per promoure resultats de qualitat i eficiència».¹²

La infermera gestora de casos centra la intervenció en la persona, en els problemes que generen dependència (problemes de discapacitat funcional, afrontament, etc.) i en la capacitat d'autocura del pacient i de la xarxa familiar per fer front a la situació. Aquests són els factors responsables d'una gran part de les urgències i de les estades hospitalàries.

Per què la infermera gestora de casos és diferent de la infermera comunitària?¹³

Les persones que requereixen cures a domicili reben atenció en tots els nivells assistencials: professionals dels centres de salut, dels serveis especialitzats, dels hospitals, dels serveis socials municipals i de serveis socials públics o privats diversos. No hi ha cap proveïdor, però, que pugui respondre tot sol a la necessitat de cures que tenen l'usuari i la família, i, per això, és necessari que un professional coordini i doni continuïtat a aquestes cures. La infermera gestora de casos ha de garantir la continuïtat de les cures entre tots els nivells assistencials i entre els sectors sanitari i social, amb una pràctica avançada de cures.

La gestió de casos aplicada a les cures té els objectius següents:

- Recollir informació específica sobre les necessitats dels pacients mitjançant una valoració integral de cada cas (malalt, cuidador, família, llar, definició de rols, suplència/ajuda per a les activitats de la vida diària, dispositius d'enllaç amb serveis sanitaris i socials diversos).
- Identificar els problemes.
- Dissenyar un pla d'intervenció.
- Coordinar les activitats amb els professionals i els familiars implicats.

La infermera gestora de casos es coordina amb professionals diversos i mobilitza els recursos necessaris per garantir una atenció integral i continuada que resolgui les necessitats de cures del pacient i de la persona cuidadora per assolir els objectius marcats pel pla assistencial.

Població diana de la infermera gestora de casos¹²

- Persones afectades per processos crònics incapacitadors: patologies osteoarticulars, vasculars, obstrucció crònica del flux aeri i del neurològic, deteriorament cognitiu i funcional, trastorn mental greu
- Persones en condicions de fragilitat o de dependència o risc de dependència, amb alguna de les característiques següents: deteriorament funcional, deteriorament cognitiu, manca de suport social (aïllament social, viduitat recent, necessitat d'ajuda per fer les activitats de la vida diària, recursos econòmics escassos, problemes a l'habitatge, rebuig de la seva situació mèdica o social)
- Persones en procés pluripatològic i amb deteriorament funcional o cognitiu
- Persones en situació terminal i que necessiten cures paliatives a domicili
- Pacients amb necessitats de cures després de l'alta hospitalària: ictus, fractura del maluc, cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, pacients pluripatològics, diabetis, puèrperes, úlceres cutànies, reagudització d'una malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), etc.
- Persones cuidadores d'aquests pacients

Els serveis que la infermera gestora de casos presta a domicili són els següents:¹²

- Captació activa: recerca de casos a partir de censos d'atenció domiciliària, censos de població adscrita en les bases de dades del sistema sanitari, pacients amb prestació de bolquers d'incontinència, etc.
- Valoració integral: valoració de les necessitats de cures estandarditzades des de diferents marcs conceptuals d'infermeria, ús de qüestionaris, tests i índexs multiprofessionals per objectivar els problemes dels pacients
- Disseny i aplicació d'un pla de cures integral amb abordatge multiprofessional
- Posada en funcionament d'intervencions coordinades entre els professionals de l'equip d'atenció primària i els nivells assistencials (continuitat assistencial)
- Derivació de pacients a altres nivells assistencials segons els acords i circuits establerts.
- Intervencions «a mida» segons els problemes detectats en els pacients
- Detecció precoç de problemes crònics de salut, tractament i seguiment
- Monitoratge i control de símptomes
- Educació per a l'autocura
- Gestió de material sanitari i ajuts tècnics per a l'atenció domiciliària
- Serveis de suport a la persona cuidadora principal
- Valoració de necessitats de cures
- Impartició de tallers de suport a les persones cuidadores: formació i suport per resoldre els problemes detectats depenent de les valoracions dels problemes de les persones cuidadores
- Seguiment i atenció telefònica
- Coordinació entre els nivells. Preparació de l'alta i de l'ingrés hospitalari

- Suport a la coordinació sociosanitària
- Promoció de la formació, del desenvolupament i de la millora professional amb relació a les cures d'infermeria
- Desenvolupament de grups de treball per millorar el servei d'atenció domiciliària

La infermera gestora de casos aprofita les possibilitats que ofereix el nostre model organitzatiu en els equips d'atenció primària per desenvolupar l'atenció domiciliària i impulsar-la; garantir la continuïtat assistencial dels pacients i de les persones cuidadores al llarg del seu cicle vital, sense que l'atenció sanitària resulti fragmentada, al mateix temps que millora la capacitat de resposta coordinant els recursos assistencials, professionals i les ajudes tècniques per tenir cura de les persones dependents i les persones cuidadores.

2.2. Coordinació intrahospitalària

És habitual que, després d'un episodi agut, les persones fràgils requereixin un període de convalescència, rehabilitació i/o cures pal·liatives. El cost elevat de l'estada hospitalària fa que l'organització hagi d'escurçar l'estada mitjana per als processos aguts.

El perfil de la població atesa ha canviat els darrers anys. L'edat era una limitació per a moltes intervencions quirúrgiques o uns tractaments determinats. Avui en dia, l'avenç en les tècniques i en els processos quirúrgics permet intervenir persones d'edat avançada. Per aquest motiu, és freqüent que necessitin un període de recuperació més llarg. Això a banda, la majoria de les persones de més de seixanta-cinc anys pateixen diverses malalties cròniques d'una manera simultània.⁸ Per tant, és necessari valorar el procés com un continu i que el tracti un equip multidisciplinari, en el qual l'aportació de cada professional permeti una visió integral del pacient i de la seva família.

Hi ha algunes alternatives de coordinació intrahospitalària en el Servei de Salut. El treball en equip de les unitats de valoració sociosanitàries (UVASS) —en les quals participen metges, infermeres, treballadors socials i administratius— permet aportar una visió holística de la persona. Són coneixedors dels recursos sanitaris de convalescència, rehabilitació, cures pal·liatives i cures especials, i també dels recursos socials.

Les UVASS actuen com a consultors en les unitats d'hospitalització, quan, després de l'alta, el pacient requereix una estada en un hospital sociosanitari, o bé comencen els tràmits per valorar el grau de dependència i sol·liciten un recurs social, si és necessari.

Aconseguir millorar l'autonomia del pacient, fomentar les autocures, implicar la família, afavorir l'alta en el domicili i derivar la persona al recurs més adequat són els objectius habituals de les UVASS. El seguiment a càrrec de l'equip en la fase final de l'ingrés hospitalari permet evitar els reingressos i no haver d'acudir als serveis d'urgències amb tanta freqüència.

Els darrers anys, el paper de la infermera gestora de casos en l'àmbit hospitalari ha adquirit una rellevància especial. En principi, la figura va ser implantada en l'àmbit comunitari, però de cada vegada hi ha més comunitats autònomes que es decanten per implantar aquesta figura en els hospitals.

La infermera gestora de casos ofereix un entorn centrat en la persona i no en la malaltia; promou l'autonomia com a pilar per a la recuperació funcional i la reincorporació a la comunitat; garanteix el màxim benestar i minimitza el patiment dels pacients i familiars; fomenta la presa de decisions compartides entre els professionals i pacients, i assegura la continuïtat de l'atenció.¹⁴

En el moment de l'ingrés, després d'haver valorat les necessitats del pacient, l'adaptació a la seva situació de salut i després d'haver valorat l'entorn familiar i social, és bo de fer identificar les persones que requeriran un recurs addicional per millorar la pròpia autonomia. La tasca de coordinació amb l'equip d'atenció primària per garantir la continuïtat de les cures és un dels objectius prioritaris de la seva atenció. Així mateix, valorar d'una manera específica la situació permet detectar amb prou antelació si el pacient necessitarà material ortoprotètic i educació, si el cuidador principal necessitarà suport, planificar les cites, si s'ha de preparar cap sol·licitud per a un hospital de dia o si s'ha de gestionar el trasllat a un hospital sociosanitari o a una residència.

Hi ha projectes de recerca que se centren a avaluar les intervencions de les infermeres gestores de casos (també anomenades «infermeres d'enllaç») en resultats de salut de la població, a millorar la qualitat de vida dels cuidadors i a satisfer el pacient i la seva família.¹⁵⁻¹⁸ Aquests projectes confirmen els beneficis i l'eficiència de disposar d'infermeres professionals que fan aquesta tasca en els hospitals.

Tal com demostren els resultats les infermeres gestores de casos hospitalaris detecten i valoren les necessitats de les persones i de les famílies d'una manera conjunta i precoç, i eviten que es perdin casos i que hi hagi retard en l'atenció al pacient i a la seva família. La continuïtat de les cures sense la sensació d'abandonament després de l'alta genera una gran satisfacció, permet optimitzar aquestes cures i evita els reingressos hospitalaris o les visites a urgències, ja que tenen sensació de més seguretat i d'atenció davant possibles complicacions.¹⁹

En moltes ocasions, després d'haver superat el procés agut de la malaltia, les persones passen a ser molt dependents per fer les activitats instrumentals de la vida diària i, fins i tot, per fer les bàsiques. De cada vegada hi ha més pacients que, en haver rebut l'alta hospitalària, necessiten atenció i cures complexes durant un període de temps o d'una manera permanent. Per tant, és important informar i formar els agents en autonomia assistida, tant els qui aplicaran les cures directament com els qui han d'avaluar els cuidadors contractats.²⁰

2.3. Coordinació entre diferents nivells assistencials: atenció primària, hospitalària i sociosanitària

Com hem explicat en aquest capítol, els equips definits en cada un dels nivells assistencials se centren en cada àmbit de treball, però no poden deixar de banda que és necessari que estiguin coordinats amb la resta dels nivells assistencials per assolir els objectius proposats. En realitat, cal aconseguir passar d'un nivell a un altre sense que sorgeixin fissures ni fragmentacions.

Un dels objectius prioritaris és donar a conèixer la cartera de serveis de cada un dels nivells assistencials, els projectes comuns, els circuits i les vies per accedir a cada recurs, difondre les estratègies, etc.

Els pacients pluripatològics tenen, per definició, diverses patologies cròniques, per tant, acudeixen a metges especialistes diversos, reingressen sovint en els hospitals d'aguts o en els sociosanitaris, poden estar polimedicats, etc. Per tot això, necessiten una atenció coordinada i sinèrgica que permeti reduir el nombre de visites i professionals de referència a qui acudir, i preferentment han de ser atesos en l'àmbit de l'atenció primària.

Els plans integrats de cures detallen les passes essencials en la cura dels pacients que tenen un problema de salut específic i permeten traslladar les guies d'evidència a la pràctica clínica. La implementació d'aquests plans ha demostrat que és eficient en el canvi envers les bones pràctiques, ja que els resultats han millorat.²¹

A les Illes Balears, és aplicat un programa d'atenció als pacients pal·liatius. Els equips d'atenció primària —referents per als pacients i les famílies— tenen el suport de l'ESAD per coordinar l'atenció entre el 061 i els hospitals sociosanitaris. En el cas que el pacient necessiti ingressar perquè li controlin els símptomes, l'atenció coordinada permet que ingressi en els hospitals sociosanitaris. Evitar passar per les urgències hospitalàries és un dels objectius prioritaris de l'atenció, en situacions en què el pacient és a la fase terminal.

Gràcies a aquesta experiència reeixida, els professionals també treballen en el programa d'atenció al pacient pluripatològic amb l'objectiu d'evitar-li els ingressos innecessaris i de reduir al màxim el nombre de professionals de referència. Els models d'atenció en xarxa centren l'enfocament en la gestió de patologies cròniques. La definició de processos i l'aportació dels professionals que intervenen en cada un, unides a l'ús de la tecnologia dels sistemes d'informació (com ara, la història de salut electrònica), permeten conèixer en tot moment la situació de salut del pacient, les visites que ha fet a cada un dels centres sanitaris, els informes clínics, etc. Els avantatges principals que té és que evita les duplicitats en la sol·licitud de proves, permet fer ajustaments ràpids i

adequats dels tractaments farmacoterapèutics, dona continuïtat a les cures i, per tant, garanteix la continuïtat assistencial.

Els programes de pacients crònics (asma, diabetis, malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca, etc.) emfasitzen la prevenció i la detecció precoç. Ha quedat demostrat que el control proactiu i planificat d'aquests pacients evita els riscos de l'hospitalització i redueix els costos.²²⁻²³

2.4. Espai sociosanitari: coordinació entre els àmbits de la salut i dels serveis socials

Tot i que és cert que no hi ha límits ni fronteres en els processos clínics, el terme «sociosanitari» avui encara és poc aclaridor. Ni tan sols l'Institut d'Estudis Catalans no l'ha definit i, per tant, no apareix en el diccionari. Tot i així, ja fa dècades que hom parla de la conjunció entre els serveis sanitaris i els socials per atendre les persones que tenen necessitats en ambdós sistemes.

La Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut defineix la «prestació sociosanitària» de la manera següent:²⁴

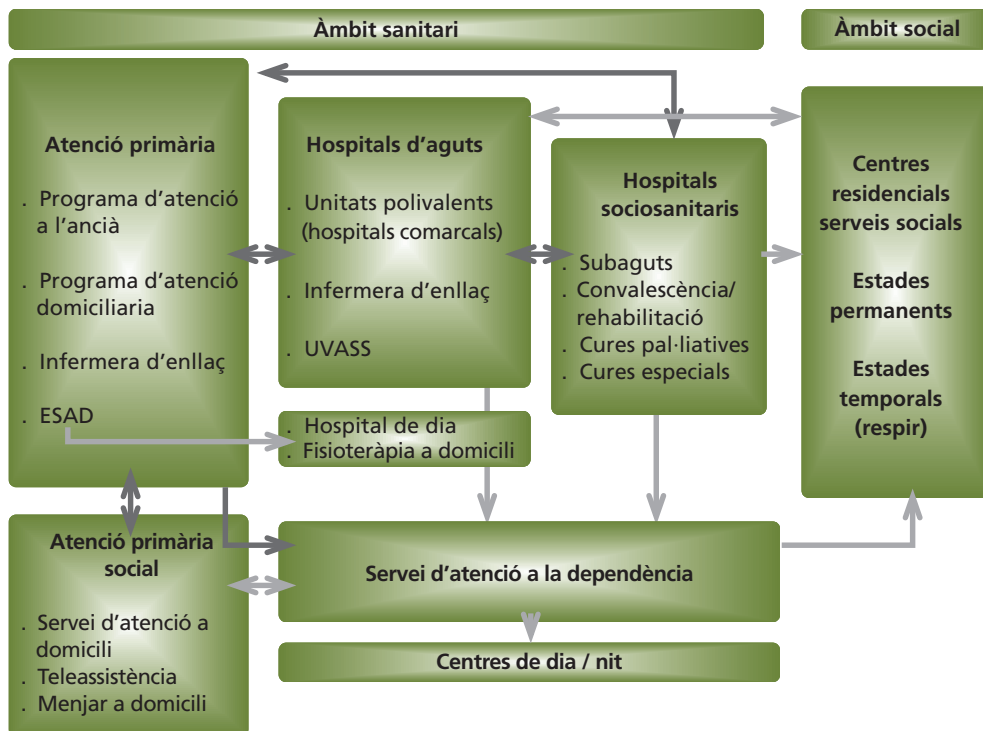
L'atenció sociosanitària comprèn el conjunt de cures destinades als malalts, generalment crònics, els quals, per les característiques especials que tenen, es poden beneficiar de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per tenir més autonomia, pal·liar les limitacions o patiments que té i facilitar-los la reinserció social.

Per tant, la integració d'ambdós sistemes sembla que és una de les propostes més eficients per gestionar l'oferta sanitària i social per a les persones que els necessiten tots dos per tenir qualitat de vida.

És evident la diferència que hi ha entre la «malaltia que genera necessitat de serveis sanitaris» i la «dependència com a generadora de necessitat de serveis socials». Tanmateix, és evident que ambdós conceptes estan relacionats. La malaltia és, molt sovint, la causa de la discapacitat i la dependència.²⁵

A les Illes Balears, hi ha mecanismes de coordinació formals que permeten que hi hagi una relació estreta entre les institucions: la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, els consells insulars, els ajuntaments i la Conselleria de Salut i Consum.

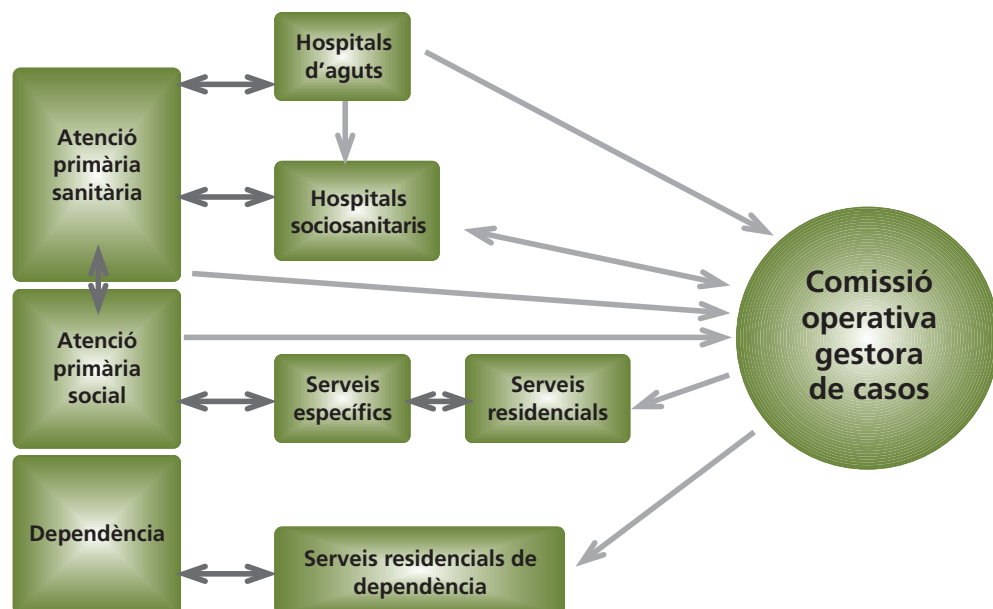
Fa un poc més de dos anys hom va intentar resumir les complexes relacions en el gràfic següent:

Gràfic 1 | Coordinació sociosanitària

Font: Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut²⁶

Podem observar que és impossible atendre correctament les persones en l'àmbit sanitari o social sense crear canals de comunicació formals entre ambdós.

A més de la participació en comissions interinstitucionals diverses, podem destacar la proposta de relació mitjançant la Comissió Operativa Gestora de Casos, que permet, mitjançant la participació de professionals experts, oferir una resposta coordinada i assegurar a les persones amb necessitats sanitàries i socials que obtindran el recurs més adequat a la seva situació de vida.

Gràfic 2 | Comissió operativa gestora de casos

Font: Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut²⁶

Una primera passa de la Comissió va ser analitzar les fortaleeses, debilitats, amenaces i oportunitats que va posar sobre la taula la complexitat dels circuits, l'accés a un mateix recurs amb portes d'entrada diferents, les duplicitats en els registres de sol·licitud i les persones ateses amb recursos que no cobrien totes les seves necessitats, tant en l'àmbit sociosanitari com en el de la salut mental.

La comissió operativa gestora de casos proporciona el recurs més adequat als usuaris que tenen necessitats complexes i que aparentment no són descrites en els circuits ordinaris. A més, permet avaluar els circuits, analitzar les dificultats de coordinació, fer propostes de millora i, en definitiva, garantir la continuïtat de l'atenció. La Comissió Sociosanitària Interinstitucional ha de planificar els recursos, concertar places i gestionar-ne, i ha de crear les estratègies per millorar els resultats i avaluar-los.

3. Formació i atenció a les persones cuidadores no professionals

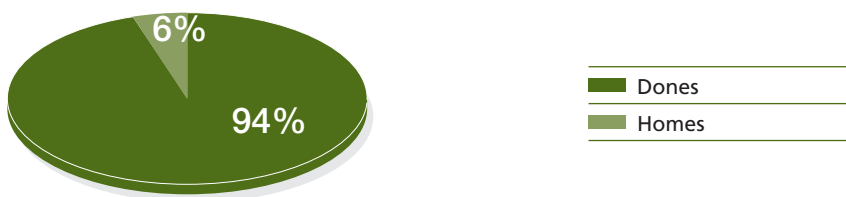
Atendre les persones cuidadores informals és prioritari tant per al sistema sanitari com per al social i, en general, per a tota la societat.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència,²⁷ recull en el catàleg de prestacions l'ajut econòmic per a cures en l'entorn familiar, entre d'altres. L'article 13 d'aquesta llei defineix les cures no professionals com l'atenció donada a les persones dependents en el seu domicili per part de membres de la família o persones de l'entorn, els quals no estan vinculats a un servei d'atenció professionalitzada. Aquesta atenció s'ha d'orientar a proporcionar més qualitat de vida i autonomia a les persones en situació de dependència.

Això a banda, l'article 18.4 encomana al Consell Territorial que promogui accions de suport a les persones cuidadores no professionals. L'article 36 estableix que ha de ser atesa la formació bàsica i permanent de les persones cuidadores que tinguin cura de les persones en situació de dependència, i que els poders públics han de promoure els programes formatius i les accions que siguin necessaris en aquest sentit.

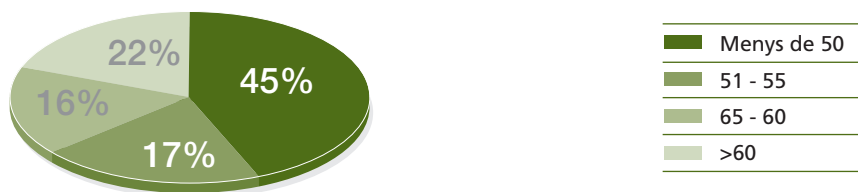
Actualment, segons les dades de la Tresoreria de la Seguretat Social (dades extretes del SAAD)²⁸ de 3 de maig de 2010, a Espanya hi ha 123.830 cuidadors no professionals que cotitzen per aquest concepte a la Seguretat Social. De tots aquests, 116.580 són dones i 7.250, homes, diferència que palesa que el fet del que tenir cura d'altri continua sent una tasca fonamentalment femenina i lligada als rols tradicionals de gènere. «Cuidar» s'ha escrit i s'escrui encara en femení: les dones no solament assumeixen d'una manera majoritària el paper de cuidadors principals, sinó que també són dones les qui les ajuden a cuidar, segons constaten estudis diversos sobre aquest tema.²⁹

Gràfic 3 | *Cuidadors no professionals: distribució per sexe*



Font: Gràfic d'elaboració pròpia amb dades extretes de Tresoreria General de la Seguretat Social²⁸

Pel que fa a la distribució per trams d'edat de les persones cuidadores, observam que hi ha moltes persones cuidadores en trams d'edat avançats.

Gràfic 4 | Distribució per edat dels cuidadors no professionals

Font: Gràfic d'elaboració pròpia amb dades extretes de Tresoreria General de la Seguretat Social²⁸

A les Illes Balears, segons les dades extretes de la mateixa font el maig de 2010, hi ha 881 persones cuidadores no professionals que cotitzen per aquest motiu a la Seguretat Social. En la Resolució de 4 de novembre de 2009 de la Secretaria General de Política Social i Consum,³⁰ per la qual és publicat l'Acord del Consell Territorial del Sistema d'Autonomia i d'Atenció a la Dependència, són especificats els criteris comuns d'acreditació en matèria de formació i informació dels cuidadors no professionals. S'hi estableixen les condicions mínimes que ha de contenir la formació bàsica perquè els sistemes públics de serveis socials, sanitaris i educatius impulsin activitats formatives, i també el subsistema de formació professional per a l'ocupació a través de l'oferta formativa no vinculada a l'obtenció dels certificats de professionalitat.

Per contribuir a les vies formatives diverses, el Reial decret 615/2007, d'11 de maig, que concreta la Seguretat Social dels cuidadors de persones en situació de dependència,³¹ va introduir una modificació al Reial decret 395/2007, de 23 de març, pel qual es regula el subsistema de formació professional per a l'ocupació, que estableix l'accés de les persones cuidadores no professionals a aquesta formació. Concretament, els articles 5.1 i 5.3 determinen que les persones cuidadores poden participar en l'oferta formativa i poden tenir prioritat en les accions formatives.

S'ha d'apuntar que en el nostre entorn, la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca va publicar, l'any 2005, el *Protocol d'educació grupal per a les cuidadores*³² i alguns centres de salut han treballat en aquest tema. Varen començar a aplicar el protocol en el Centre de Salut de Son Pisà i aquesta activitat s'ha anat estenent de manera progressiva dins la cartera de serveis d'altres centres de salut de Mallorca i Eivissa i està previst començar a introduir aquestes activitats formatives a centres d'atenció primària de salut de Menorca durant aquest any.

Millorar l'atenció a les persones cuidadores des del sistema sanitari és una de les fites que la Conselleria de Salut i Consum ha establert com a fonamental del Pla d'accions

sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut 2010-2014.²⁶ És bàsic i, a més, una qüestió de justícia valorar les persones cuidadores i la tasca fonamental que duen a terme en la nostra societat.

El cost de tenir cura és molt més ampli que el resultat de sumar les hores dedicades a unes tasques determinades. La vida de la persona cuidadora principal està condicionada per aquest paper. No es treballa de cuidadora: se és cuidadora.²⁹ L'elevada dedicació a les cures comporta restringir la vida social: disminueix la possibilitat de relacionar-se amb els amics i parents i de rebre visites i fer-ne. Moltes vegades la persona cuidadora no té temps per cuidar-se a si mateixa. Els costos de cuidar són elevats en termes de salut, qualitat de vida, oportunitats laborals, relacions socials i de disposició del temps propi.

Les alteracions de la salut de la persona cuidadora que es presenten més sovint són les següents:³³

- Problemes físics: problemes osteoarticulars, cefalea, astènia, alteracions del son, més tendència a l'obesitat en dones i més freqüència d'adoptar hàbits de risc (alcohol i tabac)
- Problemes psíquics: solen ser els més rellevants i poden arribar a tenir una prevalença del 50%. Destaquen l'angoixa, la depressió, les somatitzacions, els sentiments d'enuig, irritabilitat i culpabilitat, i la tendència a l'automedicació
- Problemes sociofamiliars: augment de l'absentisme, dificultats econòmiques, disminució de les activitats d'oci, conflicte amb la resta de membres de la família, increment del risc de patir maltractaments

Assumir el fet de tenir cura d'una altra persona és una situació en què moltes persones es troben en la vida i, en moltes ocasions, no tenen cap opció real de triar. Això fa que l'experiència pugui ser o bé una experiència personal satisfactòria o bé una activitat solitària i ingrata.³³ Les causes principals per les quals les persones decideixen cuidar solen enquadrar-se en l'àmbit emocional i personal: fer el que cal fer, motivació altruista, reciprocitat, gratitud o estima, sentiment de culpa, evitar la censura o cercar l'aprovació social, o bé —i pot ser que en aquests moments sigui un factor emergent— la situació econòmica familiar.

Cal ajudar les persones cuidadores amb una formació que els permeti oferir una atenció de qualitat a la persona de qui tenen cura, i també establir estratègies perquè la persona cuidadora mantengui la seva salut amb tota la dimensió de la paraula: física, psíquica i social.

Per tant, sistematitzar la informació sobre les cures informals és vital per reduir tant com sigui possible aquest impacte que el fet de cuidar pot tenir sobre la salut de les persones

que cuiden, i establir estratègies clares i definides per avaluar quina repercussió han tingut aquestes intervencions de suport planificades per a les persones cuidadores.

Tenint en compte aquesta necessitat i analitzant els recursos que hi ha disponibles a les Illes Balears, queda palès que és recomanable que la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, la Conselleria de Turisme i Treball, i la Conselleria de Salut i Consum subscriuguin un acord de col·laboració per establir programes formatius per persones cuidadores informals i potenciar que els centres de salut de les Illes Balears participin en la formació i informació dels cuidadors no professionals.

Els centres de salut són presents arreu de les Illes Balears i permeten que les persones cuidadores es puguin formar en un lloc proper a casa seva o bé al domicili de la persona que cuiden. A més, la mesura té altres beneficis importants:

- Ajuda a incrementar la captació de persones dependents i a incloure-les en el programa d'atenció domiciliària, que es desenvolupa en tots els entres d'atenció primària de les Illes Balears .
- Millora el seguiment de la formació, ja que les infermeres responsables de la formació de les persones cuidadores podran valorar la manera com els cuidadors apliquen els coneixements adquirits en l'atenció directa de les persones dependents.
- Redueix els costos i augmenta l'eficiència, ja que el fet de millorar la coordinació entre les administracions que tenen competències sobre el tema permetrà no haver de contractar serveis externs per oferir aquest servei, emprar els materials de suport disponibles i mantenir el suport adient a les persones cuidadores.

Aquesta formació, que serà impartida en els centres de salut, haurà de ser completada amb el Pla de formació de la Conselleria de Treball per poder arribar a totes les persones cuidadores que ho necessitin. Aquest Pla de formació estaria especialment destinat a la formació de les persones cuidadores en edat de treballar i que cotitzin a la Seguretat Social per aquest concepte.

Objectius del programa de formació

Els objectius de la formació de les persones cuidadores, tal com estableixen la Resolució del 4 de novembre de 2009³⁰ i el protocol d'educació grupal a les cuidadores, són els següents:³²

- Facilitar uns coneixements bàsics a les persones cuidadores perquè millorin l'atenció a les persones en situació de dependència

- Promoure que les persones cuidadores apliquin els procediments i les estratègies més adients per mantenir, i millorar, l'autonomia personal de les persones en situació de dependència
- Donar suport emocional a les persones cuidadores
- Informar i orientar sobre els recursos sociosanitaris més adequats per garantir les cures, l'assistència i la vida autònoma de les persones en situació de dependència
- Impulsar el reconeixement social de les persones cuidadores afavorint-los l'orientació per a una integració laboral futura
- Reforçar l'educació sanitària facilitada per la infermera responsable de l'atenció al domicili de la persona dependent, a més de captar usuaris susceptibles de ser inclosos en el Programa d'atenció domiciliària

Continguts dels programes de formació de persones cuidadores

A títol informatiu i orientatiu, els continguts de la formació inicial proposats en la resolució³⁰ són els següents:

- Desenvolupament personal de la persona cuidadora
- Mesures higièniques sanitàries per a la persona cuidadora no professional
- Grups d'autoajuda i d'ajuda mútua
- Competències i habilitats per promoure l'autocura i l'autonomia personal de les persones en situació de dependència
- Cures psicosocials
- Tècniques per afavorir la lliure determinació i la màxima autonomia individual de les persones en situació de dependència
- Tècniques per afavorir la relació social. Activitat d'acompanyament i de relació social. Estratègies d'intervenció
- Mort i pacient terminal: acompanyament en la mort
- Informació sobre el sistema d'autonomia i l'atenció a la dependència

- Informació sobre els recursos socials
- Recursos disponibles i generació de xarxes socials de suport

El nombre total d'hores per impartir la formació inicial no ha de ser inferior a quinze. A més, la formació específica no ha de tenir una durada inferior a deu hores. Els continguts d'aquesta formació específica han de ser adaptats a les necessitats concretes de la persona cuidadora i podrien incloure els aspectes següents:

- dependència derivada d'una malaltia física
- dependència derivada d'una malaltia mental greu
- dependència derivada d'una discapacitat física o sensorial
- dependència derivada d'una discapacitat psíquica i intel·lectual

Com a conclusió, podem dir que formar les persones cuidadores és una mesura necessària que ha estat incorporada en el catàleg de prestacions que poden oferir els professionals sanitaris en col·laboració amb professionals de l'àmbit social. Sens dubte, permetrà millorar les condicions de vida de les persones dependents, sense oblidar la salut de les que les cuiden.

4. Estratègies d'intervenció

El Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut (2010-2014), després de fer una anàlisi acurada de les necessitats de la població, dels recursos disponibles i de les necessitats de creixement per als anys vinents, va definir les estratègies d'intervenció següents:²⁶

1. Millorar la coordinació entre els serveis sanitaris i socials
2. Definir els nous serveis a partir de les necessitats de la població
3. Potenciar el paper de l'atenció primària
4. Dissenyar un programa de qualitat que garanteixi l'excel·lència en la prestació de les cures
5. Impulsar la recerca; afavorir la pràctica clínica basada en l'evidència i la formació continuada dels professionals

6. Assegurar l'accés als recursos sociosanitaris des de qualsevol nivell de l'atenció sanitària
7. Desenvolupar l'estratègia nacional de cures pal·liatives a les Illes Balears
8. Implantar el Pla d'àmbit sanitari i difondre'l

Els objectius i les accions de cada una de les estratègies decideixen la política que cal aplicar en l'atenció sociosanitària del Servei de Salut.

Això a banda, el Pla estratègic del Servei de Salut defineix vint-i-cinc objectius estratègics que incideixen directament o indirectament en la millora de l'atenció sociosanitària. En destacam els següents:³⁴

- Millorar l'accessibilitat i el temps de resposta als processos assistencials
- Millorar els indicadors de salut i prestar una atenció especial a la prevenció
- Orientar la gestió envers el compliment de les expectatives i la satisfacció dels pacients en el sistema sanitari
- El ciutadà és el protagonista del seu procés assistencial
- Introduir millores organitzatives per afavorir la coordinació entre els diferents àmbits i garantir la continuïtat assistencial implantant accions encaminades a millorar la continuïtat dels processos, la capacitat de resolució de l'atenció primària, l'estimulació del treball cooperatiu i la integració dels processos
- Desenvolupar un pla de qualitat i implantar-lo
- Desenvolupar un pla d'humanització i de personalització de l'atenció i implantar-lo
- Millorar l'atenció urgent
- Adaptar les tecnologies i els sistemes d'informació a les noves necessitats i als reptes del sistema de salut. Aquest apartat té una rellevància especial en l'àmbit sociosanitari. Els sistemes d'informació permeten compartir la història clínica i són una eina bàsica a l'hora de prendre decisions, gestionar patologies cròniques, fer la gestió clínica i avaluar la pràctica professional basada en l'evidència; a més, a través d'Internet, l'usuari pot demanar cita, canviar de professional, etc. A més a més, el desenvolupament en telemedicina i telecures és emergent

El compromís del Servei de Salut amb cada un dels centres assistencials queda reflectit en un contracte de gestió de periodicitat anual per impulsar accions concretes que contribueixin a assolir els objectius estratègics. Alguns projectes rellevants que són desenvolupats enguany són els següents:

- Garantir la personalització de l'atenció mitjançant la figura de la infermera referent
- Afavorir la continuïtat assistencial a través de l'informe de continuïtat de cures, que està disponible en la història electrònica de salut
- Disminuir la incidència i la prevalença de les úlceres per pressió en tots els hospitals
- Avaluar el dolor i tractar-lo adequadament
- Des de l'atenció primària, captar la població anciana de risc que tingui més de setanta-cinc anys, mitjançant l'impuls del Programa d'atenció a l'ancià i el d'atenció domiciliària
- Oferir formació a les persones cuidadores no professionals

L'any 2008 va ser creada la Comissió Autònoma de Cures, en la qual estan representats tots els centres i àmbits assistencials. Té la missió de promoure l'excel·lència en les cures d'infermeria ofertes als ciutadans de les Illes Balears mitjançant la proposta i l'impuls de projectes que ajudin a millorar la qualitat assistencial, i garantint la pràctica clínica basada en l'evidència.

Els indicadors de satisfacció dels usuaris demostren que la població està contenta dels serveis i dels professionals sanitaris. Tot i així, la meta és millorar contínuament, i continuarà sent-ho.

5. Conclusions

La construcció real i operativa de l'espai sociosanitari a Espanya és, ara com ara, una assignatura pendent. En un sistema de gestió descentralitzada com el nostre, la construcció de l'espai sociosanitari pot adquirir una gran variabilitat. En aquest context, han estat engegades moltes polítiques, però els resultats han estat molt desiguals, i sembla que encara es resisteixin a consolidar un espai sociosanitari robust i proper a les necessitats de l'usuari.²¹

És important que destaquem l'esforç que fan les administracions sanitàries i socials per assolir acords de col·laboració i crear estructures estables de comunicació, com ara les

comissions gestores de casos, tant institucionals com operatives, les quals permeten fer una passa endavant en la garantia de l'atenció.

Queda per recórrer un camí llarg. L'anàlisi acurada de cada un dels circuits d'atenció i l'estudi rigorós de les necessitats d'atenció de les persones ens aproparan a un espai sociosanitari en el qual no hi hagi desigualtats en un marc sostenible per a les administracions públiques.

Les alternatives de coordinació han de ser avaluades a partir del cost d'oportunitat i han de definir indicadors de qualitat que permetin mesurar els resultats en salut de la població.

Introduir la infermera gestora de casos en l'àmbit de l'atenció primària i hospitalària és un repte i una clara mesura eficient respecte d'altres mecanismes de coordinació.

Les estratègies conjuntes d'intervenció entre el sistema sanitari i el social garanteixen una coordinació de resultats, planificació i avaluació adequades i que el focus d'atenció se centri en el pacient i en la seva família.

Referències bibliogràfiques

1. Terraza, R.; Vargas, I.; Vázquez, M. L. (2006). «La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas». *Gaceta Sanitaria* 20, pàg. 485-495.
2. Contel, J. C. (2002). «La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida». *Atención Primaria* 29, pàg. 502-506.
3. Gervás, J.; Rico, A. (2005). «La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria». *SEMERGEN* 31, pàg. 418-423.
4. Vergeles, J. M. (2002). «Relación entre atención Primaria y Especializada: el reto permanente». *Cuadernos de Gestión para el profesional de atención Primaria* 8 (4), pàg. 159-166.
5. Jonay, J.; Freire, J. M.; Gervás, J. (2006). «La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?». *Revista de Administración Sanitaria* 4, pàg. 357-382.
6. Granados, A. E.; Estepa, M. J.; Paneque, I. (2007). «La Gestión por procesos: un Proyecto de Desarrollo Endógeno». *Tesela* 1. Disponible a: <<http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6351.php>>.
7. Elola, J. (2004). «Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo?». *Revista de Administracion Sanitaria* 2, pàg. 375-386.
8. Bengoa, R.; Nuño, R. (2009). *Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier Masson.
9. Resolució, de 26 de juliol de 1999, de la presidència executiva de l'Institut Nacional de la Salut, per la qual es creen els llocs de personal dels equips de suport d'atenció domiciliària. BOE núm. 190/1999, de 10 d'agost.
10. Ordre del director gerent del Servei de Salut de regulació del funcionament dels equips de suport d'atenció domiciliària. BOIB num. 153, 21-XII-2002.
11. Pérez, R. M.; López, S. R.; Lacida, M.; Rodríguez, S. (2005). «La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud». *Enfermedad Común* 1 (1). Disponible a: <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php>.

12. Manual de la gestión de casos en Andalucía: EGC en Atención Primaria. Revisión febrero 2007. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gestión%20Casos%20en%20Andalucía%20Atención%20Primaria.pdf>
13. Batres, J. P. [et al.] (2009). «De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace». *Revista de Administración Sanitaria* 7 (2), pàg. 313-322.
14. Lacida, M.; López, S. R.; Bravo, M. C.; Pérez, R. M.; García, R. A. (2007). «Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en el Hospital». *Biblioteca Lascasas* 3. Disponible a: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0246.php>>.
15. Fernández, R.; Ramos, M. R. R.; Gallardo, J. S.; Navarro, M. D.; López, I. A.; Ibáñez, E. [i col·l.] (2008). «Efecto de la intervención de la Enfermera Hospitalarias de Enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, y sus cuidadoras». *Biblioteca Lascasas* 4. Disponible a: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0328.php>>.
16. «Resumen del póster del IV Congreso ASANEC. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. "Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Intervenciones derivadas de la gestión de casos al alta hospitalaria de pacientes vulnerables: Enfermeras Hospitalarias de Enlace versus Enfermeras Comunitarias de Enlace"». *Evidentia* 2006, gener-febrer, 3. Disponible a: <<http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php>> [ISSN: 1697-638X].
17. Arispón, C.; Navajas, N.; Benítez, J. J. (2009). «La planificación del alta por las enfermeras gestoras de casos a pacientes frágiles, con incidencias traumatológicas, evita el reingreso». *Info-tr@um* 13, pàg. 12-15. Disponible a: <<http://www.aeeto.com>>.
18. Medina, A.; Cañas, M. A. (2008). «Efectividad de las intervenciones de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias en los pacientes dependientes y sus cuidadoras en el diagnóstico enfermero "Síndrome de estrés del traslado"». *Biblioteca Las Casas* 2008, 4⁽²⁾. Disponible a: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0318.php>>.
19. Martínez, J. R. (2008). «Intervención de Enfermería ante las enfermedades crónicas. Situación en España». *Desarrollo Científico de Enfermería* 16, pàg. 402-409. Disponible a: <<http://www.index-f.com/dce/16/16-402.php>>.

20. Silvan, C. (2007). «Gestión del caso de un paciente neurológico en Atención Especializada». *Evidentia* 4. Disponible a: <<http://www.index-f.com/evidentia/n13/287articulo.php>> [ISSN: 1697-638X].
21. Rona, H.; Bradshaw, N.; Porteus, M. (1998). «Integrated care pathways». *British Medical Journal* 316, pàg. 13-137.
22. Nuño, R. (2007). «Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente». *Revista de Administración Sanitaria* 5, pàg. 283-292.
23. Nick, C. H.; York, S.; Shaw, R. (2003). «Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data». *British Medical Journal* 327, pàg. 1257-1260.
24. Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut. BOE núm. 128, de 29 de maig.
25. Carrillo, E.; Cervera, M.; Gil, V.; Rueda, Y. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Barcelona: Antares Consulting, S.A. Disponible a: <<http://www.antares-consulting.com>>.
26. Adrover, R. M.; Fuster, J.; Pomar, J.; Gómez, P.; Castaño, E. (2010). *Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut*. Palma: Conselleria de Salut i Consum.
27. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. BOE núm. 299, de 14 de desembre.
28. Imsero (2010). *Datos estadísticos del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Datos sobre cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*. Disponible a: <<http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/cecuidadores.pdf>>.
29. García, M. M.; Mateo-Rodríguez, I.; Eguiguren, A. P. (2004). «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad». *Gaceta Sanitaria* 18, pàg. 134-139.
30. Resolució de 4 de novembre de 2009, de la Secretaria General de Política Social i Consum, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, sobre criteris comuns d'acreditació en matèria de formació i informació d'assistents no professionals. BOE núm. 286, de 27 de novembre.

31. Reial decret 615/2007, d'11 de maig, en què és concreta la Seguretat Social dels cuidadors de persones en situació de dependència. BOE núm. 204, de 25 d'agost.
32. Gomila, M.; Moreno, M. Ll. (2005). *Protocol d'educació grupal per a les cuidadores*. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca.
33. Saiz, G.; Bordallo, J. R. García, J. N. (2008). «El cuidador como paciente». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 15 (7), pàg. 418-426.
34. Pla estratègic IB-SALUT 2008-2011 (2009). *El Servei de Salut per al segle XXI*. Servei de Salut. Palma: Conselleria de Salut i Consum.

Autors

PATRICIA GÓMEZ PICARD

Tolosa, França (1965). Diplomada en Infermeria per la UIB (1986). Ha desenvolupat la major part de l'activitat professional a l'Hospital Universitari Son Dureta. En l'àmbit assistencial, ha gestionat diverses unitats clíniques, fou adjunta de recursos humans, qualitat i formació de GESMA, des de l'any 2001 fins al 2007, treballà a l'Àrea de Formació i Investigació d'Infermeria. Des de l'octubre de 2007 és la directora de Cures i Coordinació Sociosanitària del Servei de Salut de les Illes Balears. Directora de la revista: "Tesela: liderazgo y gestión".

ROSA MARIA ADROVER BARCELÓ

Felanitx (Mallorca), 1967. Diplomada en Infermeria per la Universitat de les Illes Balears (1989). És Especialista Universitària en Infermeria Geriàtrica (1995). Ha desenvolupat la seva tasca professional com a infermera d'atenció primària i comunitària des de l'any 1989 fins al 2007. Ha estat professora associada d'Infermeria Geriàtrica a la Universitat de les Illes Balears (1997-2007). Des de l'any 2008, és adjunta a la Direcció de Cures i Coordinació Sociosanitària del Servei de Salut de les Illes Balears.

ANGÉLICA MIGUÉLEZ CHAMORRO

Madrid, 1969. Diplomada en Infermeria per la Universitat Autònoma de Madrid. Ha desenvolupat l'activitat professional en l'atenció hospitalària a Madrid i a l'Hospital Son Dureta fins a 1996, any que va emprendre la trajectòria professional com a infermera d'atenció primària. Des de l'any 2001 fins a 2007, va ser la coordinadora d'Infermeria del Centre de Salut de Marratxí (Mallorca), i des de l'any 2007 és la directora d'Infermeria d'Atenció Primària de Mallorca.